



Sozialgemeinschaft
Schiltach / Schenkenzell e.V.

Der Ambulante Dienst



Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V. Vor Ebersbach 1 77761 Schiltach

Tel.: 07836- 93 93 0 Mail: info@sgs-schiltach.de www.sgs-schiltach.de





Herzlich Willkommen

Ambulanter Dienst

Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V.

Der Ambulante Dienst bietet sämtliche Leistungen rund um das Thema häusliche Pflege und Betreuung an.

Eines der wichtigsten Anliegen in unserer täglichen Arbeit ist es, die Lebensqualität unserer Kunden, ob jung oder alt, und deren Angehörigen zu sichern.

Dabei richtet sich unser Handeln nach Ihrer individuellen Vorstellung, ob daheim, wo sie schon immer zu Hause sind, oder in unseren barrierefreien Wohnungen. Wir sorgen für Geborgenheit und Privatsphäre ganz nach Ihren persönlichen Wünschen und Vorstellungen.

Sie gestalten ihren Tagesablauf wie Sie möchten und wir helfen Ihnen dabei. Individuelle Pflege für individuelle Persönlichkeiten- das ist unsere Profession.

Für Ihre Grund- und Behandlungspflege steht Ihnen das einfühlsame Fachpersonal des ambulanten Dienstes zur Seite.

Um den entwickelten Qualitätsstandard zu halten und weiterhin zu verbessern sind regelmäßige Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter selbstverständlich.

Gerne wollen wir Ihnen mit dieser Mappe umfassende Informationen zu unseren Serviceleistungen zur Verfügung stellen. Selbstverständlich beantworten wir Ihre Fragen auch persönlich.

Uli Eßlinger
Geschäftsführende Leitung



Uli Eßlinger
Geschäftsführende Leitung



Dayanna Joyce Rangel- Danner
Pflegedienstleitung
Ambulanter Dienst



Informationsschreiben

Ambulanter Dienst

Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V.

Unsere Versorgung und Einzugsgebiet umfasst die Stadt Schiltach, Gemeinde Schenkenzell, sowie die anliegenden Gemeinden je nach Anfrage.

Ambulante Pflege bezeichnet die Pflege und Unterstützung von pflegebedürftigen Personen unabhängig von deren Lebensalter durch unseren ambulanten Dienst. Unsere Mitarbeiter besuchen die Betroffenen in ihrem häuslichen Umfeld.

Die Leistungen umfassen die Grund- und Behandlungspflege wie beispielweise körperbezogene Pflege an der Person sowie die Durchführung von ärztlichen Verordnungen wie die medikamentöse Versorgung und das Anlegen von Wundverbänden. Die Mitarbeiter übernehmen bei Bedarf auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten.

Wir möchten Ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Einige Fragen können anhand dieser Informationsmappe vielleicht schon beantwortet werden. Sollten Sie weitergehende Fragen haben, setzen Sie sich gern mit uns in Verbindung.

Folgende Unterlagen möchten wir Ihnen mit auf den Weg geben:

- Patientenaufnahmebogen
- ärztlicher Fragebogen

Pflegedienstleitung Ambulanter Dienst

Tel.: 07836/93 93- 0

Fax.: 07836/93 93- 45

Mail: info@sgs-schiltach.de



Erstgesprächsbogen

(Bitte alle Angaben vollständig ausfüllen)

Patientenbezogene Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Welche Leistungen werden beansprucht?
(bitte zutreffendes ankreuzen)

Pflegegrad vorhanden? ja nein PG: _____

Leistungen nach SGB V ja nein
Leistungen nach SGB VI ja nein
Beratung nach §37,3 ja nein

Nachbarschaftshilfe ja nein
Menü für Zuhause ja nein

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Tel. Nr.

Fax (wenn vorhanden)

Gerichtliche Vertreter/ in- gestellter Betreuer/ in- Patientenverfügung

Name

Vorname

Straße/ Nr.

PLZ/ Wohnort/ Ortsteil

E-Mail

Tel. Nr. privat

Tel. Nr. mobil

Art der Vollmacht (Nachweis bitte beifügen!)

Patientenverfügung ist vorhanden (bitt Kopie beifügen!) ja nein

Kontaktdaten Ansprechpartner/ in

1.

Name

Vorname

Vollmacht vorhanden ja nein

Verwandtschaftsgrad

Straße/ Nr.

PLZ/ Wohnort/ Ortsteil

E-Mail

Tel. Nr. privat

Tel. Nr. mobil

2.

Name

Vorname

Vollmacht vorhanden ja nein

Verwandtschaftsgrad

Straße/ Nr.

PLZ/ Wohnort/ Ortsteil

E-Mail

Tel. Nr. privat

Tel. Nr. mobi

3.

Name

Vorname

Vollmacht vorhanden ja nein

Verwandtschaftsgrad

Straße/ Nr.

PLZ/ Wohnort/ Ortsteil

E-Mail

Tel. Nr. privat

Tel. Nr. mobil



Kranken- und Pflegekasse

Name der Kasse Ver. Nr. ggf. Ansprechpartner

Anschrift

Befreiung von Rezeptgebühren liegt vor ja nein

Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI ist anerkannt seit: _____

Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI wurde beantragt am: _____

Pflegehilfsmittel werden bzw. wurden geliefert von (bitte Sanitätshaus angeben!)

Pflegehilfsmittel werden benötigt ja nein Pflegehilfsmittel sind vorhanden ja nein

Welche? _____ Welche? _____

Corona SARS CoV 2 Schutzimpfung:

Besteht ein Impfschutz? ja nein

Wenn nein, besteht der Wunsch nach einem Impfschutz? ja nein

Kostenregelung bei Übernahme der Versorgung

Achtung- unbedingt ausfüllen!

- Kostenübernahme durch Pflege/ Krankenkasse
- eigenes Einkommen
- Leistungen vom Versorgungsamt Art: _____

- Kostenübernahme vom Sozialamt in _____ am _____ beantragt.

Über wen soll die Rechnungserstellung des Eigenanteils geregelt werden?

selbst 1. Ansprechpartner/ in 2. Ansprechpartner/ in 3. Ansprechpartner/ in

Bankverbindung

BIC _____ IBAN _____

Haben Sie besondere Wünsche oder Anregungen? (z.B. Wunschzeit des Hausbesuchs, besondere Versorgung, Vorlieben zur Versorgung)

-Alle Angaben entsprechen den Tatsachen! -

Bankverbindung:

Volksbank Kinzigtal IBAN DE82664927000030401700- BIC GENODE61KZT
Sparkasse Wolfach IBAN DE476645277600001061556- BIC SOLADES1WOF

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztlicher Fragebogen

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Anschrift _____

Erschwerisfaktoren/ besondere Hinweise

Gehörlosigkeit Sehbeeinträchtigung Körpergewicht _____ kg Größe _____

Allergien: _____

Implantate: _____

Körperpflege:	Hilfebedarf	ja	nein
Teilwaschung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/ rasieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund/ Zahnpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Darm-/ Blasenentleerung	Hilfebedarf	ja	nein
Benutzung von Hilfsmitteln (z.B. Toilettstuhl, Urinflasche)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege/ Richten der Kleidung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urininkontinenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
versorgt mit:	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel

Folgende Hilfsmittel befinden sich in Ihrem Besitz:

Rollator Rollstuhl Toilettstuhl Gehstock
 elektr. Schiebehilfe Weichlagerungsmatratze BZ- Gerät Inhalator
 Sauerstoffgerät Sonstiges _____

Sturzgefahr: ja nein
Kontrakturen Lokalisation: _____

Dekubitus Lokalisation: _____

Lähmungen Lokalisation: _____

Pflegerelevante Störungen in folgenden Bereichen:

Sehvermögen Tag-/Nachtrhythmus psychomotorische Unruhe Ängste
 Hörvermögen Kooperationsbereitschaft Selbst-/Fremdgefährdung
 Sprachvermögen Tagesstrukturierung Weglauftendenz

Orientierung zeitlich örtlich situativ persönlich
Erläuterungen:

Suchterkrankungen:

Alkohol Medikamente Nikotin Sonstige _____

Liegt ein richterlicher Beschluss zu einer freiheitseinschränkenden Maßnahme vor? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ist der/ die Patientin frei von ansteckenden Krankheiten (IfS Gesetz)? ja nein

Medikamente:

Bitte aktuellen ärztlichen Medikamentenplan anfügen, da sonst keine Aufnahme möglich ist!

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel Hausarzt/ Hausärztin
Unterschrift Klinikarzt/ Klinikärztin

Unterschrift Pflegefachkraft
(falls Patientin z.Zt. im Krankenhaus)

